

## Anmeldung zur Versicherung im Rahmen des BVG

Betrifft Vertrag Nr. ....

Vom Arbeitgeber auszufüllen. Bei den mit\* gekennzeichneten Fragen beachten Sie bitte vor der Beantwortung die Erläuterungen auf der Rückseite.

1. a) Familienname .....
- b) Vorname .....
- c) Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr) .....
- d) Geschlecht  männlich  weiblich
- e) Zivilstand  
Ist die zu versichernde Person verheiratet?  Ja, seit (Datum): .....  Nein  
Lebt die zu versichernde Person in eingetragener Partnerschaft?  Ja, seit (Datum): .....  Nein
- f) Adresse: Strasse, Haus-Nr. ....  
PLZ, Wohnort .....
- g) Stellung in der Firma  Arbeitgeber  Arbeitnehmer  
Saisonnier  Ja  Nein
- |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
- h) AHV-Nr. ....
- i) Sprache für Versicherungsdokumente  deutsch  französisch  italienisch  englisch

2. a) Ist die zu versichernde Person voll arbeitsfähig?  Ja  Nein, Grund: .....
- b) Bezieht sie Leistungen der IV, MV oder gemäss UVG und/oder aus einer Personalvorsorgeeinrichtung oder sind Ansprüche hängig?  Nein  Ja (Falls ja, bitte Rentenbescheid beilegen)

3. a) Diensteintritt (Tag, Monat, Jahr) \* .....
- b) Mutmasslicher AHV-Jahreslohn\* CHF .....
- c) Beschäftigungsgrad?  100%  .....%

4. Personenkategorie (nur falls im Reglement vorgesehen) .....

5. a) Anzurechnende Austrittsleistung (Freizügigkeitsleistung)\*  
Falls die zu versichernde Person bereits vor dieser Anstellung bei einem Arbeitgeber in einem Arbeitsverhältnis gestanden hat, besteht in der Regel Anspruch auf eine Austrittsleistung gegenüber der Personalvorsorgeeinrichtung des früheren Arbeitgebers. Wir bitten Sie, dieser Anmeldung eine Kopie der Abrechnung über die Austrittsleistung beizulegen. Sollte die zu versichernde Person noch keine Abrechnung erhalten haben, bitten wir Sie, die Ausführungen auf der Rückseite zu beachten.
- b) Name und Adresse des früheren Arbeitgebers  
oder dessen Personalvorsorgeeinrichtung .....
- c) Falls Austrittsleistungen bei einer anerkannten Freizügigkeitseinrichtung (Freizügigkeitskonto bei einer Bank oder Freizügigkeitspolice bei einer Versicherung) deponiert sind, bitten wir Sie, ebenfalls die Ausführungen auf der Rückseite zu beachten.

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

....., den .....

Wir bitten um Zustellung weiterer Formulare

Bitte leer lassen

## Abkürzungen

BVG Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge

IV Eidg. Invalidenversicherung

MV Militärversicherung

UVG Bundesgesetz über die Unfallversicherung

## Erläuterungen

zu Pkt. 3. a) Obligatorisch zu versichernde Personen gemäss BVG sind ab Diensteintritt zu versichern, es sei denn, das Arbeitsverhältnis sei auf max. 3 Monate befristet. Wird über 3 Monate hinaus eine Verlängerung vereinbart (befristet oder unbefristet), so beginnt die Unterstellung unter die Versicherung an dem Tag, an welchem die Verlängerung vereinbart wurde (Achtung: Die Probezeit gilt nicht als befristetes Arbeitsverhältnis).

zu Pkt. 3. b) Bei unterjährigem Eintritt ist der auf ein ganzes Jahr hochgerechnete AHV-Lohn zu melden. Der versicherte Lohn (unter Berücksichtigung des allfälligen Koordinationsabzuges) wird von der Trigona Sammelstiftung ermittelt.

zu Pkt. 3. c) Bei einem Teilzeitgrad unter 30%: Falls die zu versichernde Person bereits anderweitig für eine hauptberufliche Tätigkeit obligatorisch versichert ist oder im Hauptberuf eine selbständige Erwerbstätigkeit ausübt, so darf sie gemäss Reglement nicht angemeldet und nicht in die Vorsorgekasse aufgenommen werden. Wird dieser Sachverhalt erst bei Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit oder eines Todesfalles erkannt, so werden keine Leistungen erbracht.

zu Pkt. 5. a) Die bisherige Vorsorgeeinrichtung muss aufgrund ihrer gesetzlichen Mitteilungspflicht sowohl der zu versichernden Person als auch der neuen Vorsorgeeinrichtung eine detaillierte Austrittsabrechnung zustellen.

Wenn die zu versichernde Person noch keine Abrechnung erhalten hat oder der bisherigen Vorsorgeeinrichtung noch keine Angaben betreffend Verwendung und Überweisung der Austrittsleistung gemacht hat:

1. **Ergänzen Sie** in Zusammenarbeit mit der zu versichernden Person das beiliegende Schreiben und sorgen Sie für dessen Versand.

Auf dem angehefteten Einzahlungsschein sind **von Ihnen** folgende Angaben anzubringen, damit wir die Zahlung Ihrem Mitarbeiter zuordnen können:

- Name und Vorname der zu versichernden Person
- Name Ihrer Firma als neuer Arbeitgeber
- Nummer des Anschlussvertrags bei der Trigona Sammelstiftung

zu Pkt. 5. c) Die zu versichernde Person ist gesetzlich verpflichtet, alle vorhandenen Mittel in ihre Vorsorgeeinrichtung einzubringen. Dies umfasst auch Austrittsleistungen, welche bei einer anerkannten Freizügigkeitseinrichtung (Freizügigkeitskonto bei einer Bank oder Freizügigkeitspolice bei einer Versicherung) deponiert sind. Wir bitten Sie, die zu versichernde Person darauf hinzuweisen, damit sie gegebenenfalls die Überweisung dieser Mittel veranlassen kann.

**Trigona Sammelstiftung für berufliche Vorsorge**

c/o Basler Leben AG, Aeschengraben 21, Postfach, CH-4002 Basel

Tel. +41 58 285 85 85, Fax +41 58 285 90 73, [info@trigona-sammelstiftung.ch](mailto:info@trigona-sammelstiftung.ch), [www.trigona-sammelstiftung.ch](http://www.trigona-sammelstiftung.ch)